

OGGETTO: Richiesta di assistenza domiciliare

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ e residente
a _____ Cap. _____ Via _____ n. _____
telefono _____ in qualità di _____¹ dell/la
Sig./ra _____
nato/a il _____ a _____ e residente
a _____ Cap. _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

di poter fruire per l'anno _____ del servizio in oggetto.

Allega

- proposta di inserimento della Zona Territoriale locale – UMEA/UMEE/DSM/ o Centro accreditato;
- copia del verbale della commissione sanitaria ai sensi dell'art. 4 della L. 104/92;
- documento d'identità in corso di validità.

Distinti saluti.

Lì,

Il/La richiedente

Informativa sull'uso dei dati personali

Articolo 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali”
La informiamo che, i dati personali richiesti nel presente modulo, da Lei forniti, saranno trattati unicamente per i procedimenti amministrativi in corso e per i controlli previsti dalla legge, sia in forma elettronica che cartacea. Le informazioni fornite potranno essere utilizzate e comunicate ad Enti e/o soggetti pubblici nei limiti previsti da norme di legge o regolamenti, o quando ciò risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali. I diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati personali sono quelli indicati nell'art. 7 del decreto sopra citato. Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di San Benedetto del Tronto.
Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsente, ove occorra, al trattamento dei propri dati personali, dichiarando in particolare di avere avuto conoscenza che alcuni dati possono rientrare nel novero dei dati c.d. “sensibili” di cui all'art. 26 del D.Lgs. 196/2003.

Data _____

Firma

1 Indicare se padre, madre, coniuge, tutore.